

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0.1173

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELMOUF Lih Khadoudi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 300 + 373,52 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection dermato logique

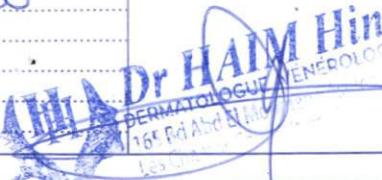
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
à : Casablanca
adhérent(e) : _____

Le : 15/03/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/03/22	8		300	 Dr HAIM HINC DERMATOLOGUE ENERCOLOGUE 165 Bd ABD EL KADER Tunis 1000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie IBNOU KATIR M'hamed QERMANE Docteur en Pharmacie IBNOU KATIR	15/03/2022	373.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

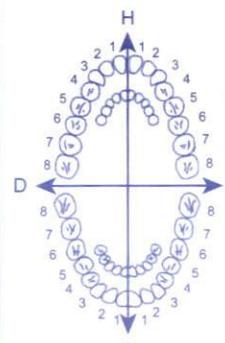
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

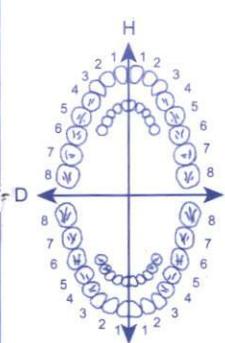
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr HAIM Hind

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en Médecine Esthétique Cosmétologie et Lasers - Besançon - France
- Ancien Médecin interne au CHU Ibn Rochd
- Ancien Médecin Interne au CHU Hôtel Dieu Nantes - France

- Maladies et chirurgie de la peau, cheveux et ongles
- Infection sexuellement transmissibles
- Allergie cutanée et brûlures
- Médecine esthétique anti-âge : peeling, Botox, Fillers
- PRP, Mésothérapie, Cosmétologie
- Lasers



الدكتورة هايم هند

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر بيزنسون
- طبيبة سابقا بمستشفى ابن رشد
- طبيبة سابقا بمستشفى - Hôtel Dieu - نانت فرنسا
- أمراض و جراحة الجلد، الشعر و الأظافر
- الأمراض المقوية جنسيا
- الحساسية و الجروح
- طب التجميل
- العلاج بالليزر

Casablanca, le : 15/3/2022

RDV

- 28/3

- 8ns

Khaddoj

El Montfleit

373.50

1) Viti deem



صيدلانية ابن خثير
pharmacie IBNOU KATIR
M. Naimed GERMANE
Docteur en Pharmacie
IBNOU KATIR

15/3/2022 cash expedit

2) Tokzam

0.2% per ml

2x5 lerm

373.50



165 شارع عبد المؤمن إقامة ليشون سنت، عمارة A ، الطابق 4، رقم الشقة 5 الدار البيضاء
165 Bd Abdelmoumen Résidence les Champs Center, Imm A, 4ème étage, Appt 5 - Casablanca
Tél : 05 22 22 78 99/05 22 20 33 73 - Urgence Secretariat : 06 70 02 06 21 - Email : haimhind@gmail.com